

# 婦人科問診

【紹介状や検査結果をお持ちの方は問診票と一緒にご提出下さい】

※予約（あり・なし）予約外の方は待ち時間がかかります。外出希望はありますか？（あり・なし）

氏名\_\_\_\_\_ 年齢\_\_\_\_\_ 歳 身長\_\_\_\_\_ cm 体重\_\_\_\_\_ kg 職業\_\_\_\_\_

●婚姻歴（既婚・未婚） ●初潮\_\_\_\_\_ 歳 閉経\_\_\_\_\_ 歳 ●性交渉経験（あり・なし）

●最近の月経\_\_\_\_\_ 月 日～ 日間 生理周期（順\_\_\_\_\_ 日型・不順）

●生理痛（ひどい・少し・気にならない） ●生理の量（多い・普通・少ない）

●現在妊娠している可能性（なし・あり）

●2年以内の子宮頸がん検診の検査歴（なし・あり \_\_\_\_\_ 年 月頃→ 異常なし・異常あり）

●既往歴

病名・手術名		病院名
	歳～ 治癒 ・ 通院中	病院 ・ 医療センター 医院 ・ クリニック
	歳～ 治癒 ・ 通院中	病院 ・ 医療センター 医院 ・ クリニック
	歳～ 治癒 ・ 通院中	病院 ・ 医療センター 医院 ・ クリニック
	歳～ 治癒 ・ 通院中	病院 ・ 医療センター 医院 ・ クリニック

●妊娠歴（なし／妊娠\_\_\_\_\_ 回 分娩\_\_\_\_\_ 回 帝王切開\_\_\_\_\_ 回 流産\_\_\_\_\_ 回 中絶\_\_\_\_\_ 回）

●喘息（なし・あり）

→ 鎮痛剤や風邪薬で息苦しくなったことがありますか？（はい・いいえ）

●現在使用している薬（なし・あり） ※お薬手帳がある方は記入不要です。一緒にご提出ください

薬品名：\_\_\_\_\_

●アレルギーについて（なし・あり） ※食品・薬品・アルコール・ゴム製品等でどの様な症状ができるか

●たばこについて（吸わない・以前吸っていた・現在吸っている\_\_\_\_\_ 本/日）

●輸血をしたことがありますか（なし・あり）

●輸血が必要なときに、困ることがありますか（いいえ・信仰・特殊な血液型・その他）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算（初診・再診時）1点（マイナ保険証を利用した場合）（紙保険は初診3点・再診2点）

① 紹介状はお持ちですか（はい・いいえ）

② 総合受付にてマイナ保険証（※）等にて受付されましたか（はい・いいえ）

はい の場合 情報取得に同意されました（しました）か（はい・いいえ）

（※）保険証と紐付けたマイナンバーカードにて保険確認



診療上必要な場合に限り医師が過去の健診・服薬・診療歴を閲覧する場合がございます。

●本日の受診の目的を記載またはチェックして下さい：いつから、どのような症状があるか

（前回の続きの診察をご希望の方はこちらにチェック→□）

妊娠の診察を希望の方は裏面に進んで下さい

不正出血 腹痛 生理の相談 更年期 アフターピル ピル かゆみ

子宮がん検診希望 明石市子宮がん検診受診券（あり・なし）

性感染症検査希望 （明石市子宮がん検診受診券をお持ちの方はご提出下さい）

# 妊娠の診察にお越しのかた

既婚（結婚された年齢：\_\_\_\_\_歳） 入籍予定 \_\_\_\_\_月 未婚

●本日お持ちの物 母子手帳 助成券 血液型結果 他院で受けた検査結果  
→血液型結果 自宅に（あり・なし）

お産する（当院・里帰り \_\_\_\_\_・未定）妊娠継続考慮中 中絶希望

●妊娠検査薬で陽性が出た日 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 / \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

●妊娠方法 自然妊娠 他院で不妊治療（タイミング・体外受精・人工受精）

●妊娠が分かってから他院を受診しましたか（はい・いいえ）

→（\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 病院名：\_\_\_\_\_）

●妊娠前の体重（\_\_\_\_\_kg）

●妊娠してから、出血や腹痛はありましたか（あり・なし）

ありの方（いつ：\_\_\_\_\_ 症状：\_\_\_\_\_）

●経産婦の方で下記を診断されたことがありますか（あり・なし）

妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群 切迫流産・早産 出産時の多量出血

●分娩歴

分娩年月日	性別	出生体重	出産方法	出産病院名
平成・令和 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	
平成・令和 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	
平成・令和 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	
平成・令和 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	

●下記の病気にかかったことがありますか（あり・なし）

高血圧 糖尿病 腎疾患 甲状腺疾患 てんかん 緑内障 喘息

原因不明の意識消失

心の病気（\_\_\_\_\_） その他（\_\_\_\_\_）

●血縁のある方に下記の病気がありますか（あり・なし）

高血圧（誰：\_\_\_\_\_） 糖尿病（誰：\_\_\_\_\_） 心臓病（誰：\_\_\_\_\_）

その他遺伝的疾患（誰：\_\_\_\_\_ 病名：\_\_\_\_\_）（誰：\_\_\_\_\_ 病名：\_\_\_\_\_）